

of long-term outcomes and predictive factors in severe TBI patients thanks to this homogeneous prospective inception cohort. So far, preliminary results four years after the accident showed major sequelae and impact on TBI patients and their relatives life.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.872

CO46-006-EN

## Indemnisation and compensation after traumatic brain injury: 100 cases

D. Plantier

*Médecine physique et réadaptation, hôpital Renée-Sabran, boulevard Édouard-Herriot 83400 Hyères, France*

**Background and purpose.**— This study aimed to make a forensic assessment of corporal damage after traumatic brain injury (TBI): indemnisation and compensation are studied.

**Methods.**— A retrospective study included 100 persons after hospitalisation or medical consultation for TBI from 01 January 2006. Extraction of data concerning severity of TBI, circumstances of injury, juridical protection and main data of forensic procedures.

**Results.**— The mean age for the group was 32.9 years (SD = 15.9), sex ratio was 2.7 men for 1 woman. Fifty-seven percent were severe TBI (STBI), 18% were mean severe (MSTBI), 21% were mild (MTBI). 27 guardianships were established for 26 STBI and one MSTBI. There was one reduced guardianship for a severe TBI. An indemnisation was possible for 61% files, 39 according to the “Badinter law”, 13 were contractual and 7 via social security or military assurance (work accident or military service). Two persons were indemnisable by the Indemnisation Commission Infracting Victims (CIVI). Forty-three persons had an attorney, 31 a medical assistance. Among 47 indemnised persons (61 indemnisable) they are 7 amiable transactions and 8 situational assessments by the ergotherapist. Mean delay for the first judiciary expertise was 17.7 months. Amiable procedures were concluded earlier, at mean 6 months. Mean consolidation dates were 3.2 years for STBI, 3.26 for MSTBI, and 2.07 for MTBI. Among indemnised persons mean Permanent Functional Deficit (PFD) was 58.3% for STBI, 32.4% for MSTBI and 20.2% for MTBI. STBI persons obtained 13 hours (mean) a day for human assistance. A file was deposited with a MDPH (“Maison Départementale des Personnes Handicapées”) for 65% of the persons, 28 had an Invalidity Card or an Adult Disability Allocation. 18 persons received indemnisation and national solidarity support (30% of indemnisable files).

**Discussion and conclusion.**— Indemnisation data are difficult to extract from medical files. Some insufficient situations of indemnisation can be corrected by national solidarity. Specialists in physical medicine have a very important role to play in juridical procedures.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.873

## Posters

### Version française

P083-FR

## Devenir des anciens patients atteints d'ulcère de Buruli au Bénin

G.-T. Kpadonou\*, E. Alagnidé, A.-A. Hans Moevi, E.-A. Fiossi-Kpadonou, H. Azanmasso

*Service de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, centre national hospitalier et universitaire de Cotonou, 04 BP 808 Cadjèhoun-Cotonou, Bénin*

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Ulcère de Buruli ; Anciens patients ; Devenir ; Handicap ; Bénin

L'ulcère de Buruli (UB) est une maladie émergente due au mycobactérium *Mycobacterium ulcerans*. Elle est génératrice de séquelles lourdement invalidantes [1,2]. Que deviennent les patients déclarés guéris une fois retournés à leur domicile ?

**Patients et méthode.**— Étude transversale descriptive et analytique ayant porté sur 244 anciens patients atteints d'UB, suivis au centre de dépistage et de traitement de l'UB (CDTUB) d'Allada de 2005 à 2009. Ces derniers ont été revus à leur domicile de janvier à juillet 2010.

**Résultats.**— Parmi les patients, 50,4 % des patients étaient de sexe masculin et 49,6 % de sexe féminin avec une sex-ratio de 1,01. Les enfants de moins de 15 ans ont été les plus vulnérables. 62,3 % des patients ont été découverts au stade d'ulcère délabrant. Parmi les lésions, 85,3 % ont été localisées aux membres, dont 53,7 % aux membres pelviens. Sur le plan du devenir 62,3 % des patients ont eu une cicatrice fibro-rétractile avec des troubles de l'appareil locomoteur de type amyotrophie (75,3 %), raideur (35,6 %, parésie (35,1 %) entraînant 35,6 % de limitation de participation et de restriction de capacité. L'impact psychologique a été très variable. La reprise du travail a été possible chez 81,2 % dont 61,2 % pour les mêmes activités avant le début de la maladie. Parmi les élèves, 0,1 % ont repris leurs cours, dont 45,6 % ayant perdu une année et 17,6 % deux années et 7,4 % trois années scolaires. Parmi les patients, 97,5 % ont été acceptés par leur famille. Les patients ayant bénéficié de rééducation ont eu un meilleur devenir.

**Conclusion.**— Le devenir des anciens patients atteints d'UB est grevé de nombreuses difficultés et limitations. Il est largement influencé par la qualité de leur prise en charge antérieure, l'acceptabilité de l'environnement familial et professionnel.

### Références

- [1] Lehman L, Simonet V, Saunderson P et al. Ulcère de Buruli : prévention des incapacités (POD). WHO/CDS/CPE/GBUI/2006;3:35p.
- [2] Ouattara D, Meningaud J P, Kaba L, Sica A, Asse H. Les procédés de couverture cutanée des séquelles de l'ulcère de Buruli : à propos de 16 observations. *Ann chir plast esth* 2003;48:13-9.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.874

P084-FR

## Ostéoclasie fémorale suite à une fracture sus condylienne chez un patient atteint de séquelles de poliomyélite

C. Gombert\*, L. Percebois-Macadré, L. Tambosco, A. Rapin, G. Belassian, J.-M. Coulon, E. Regrain, F. Boyer

*Pôle de MPR, hôpital Sébastopol, CHU de Reims, 48, rue de Sébastopol, 51092 Reims cedex, France*

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Recurvatum ; Poliomyélite ; Fracture

**Observation.**— M. P., 65 ans consulte suite à une chute survenue il y a 1 mois dans un contexte de séquelles de poliomyélite. Il y a un choc rotulien et un gros genou droit. Il a des antécédents d'arthrodèse de la tibio-tarsienne droite. Le patient se plaint d'une limitation sévère et inhabituelle de ses capacités de déambulation. Il marchait auparavant en recurvatum du genou droit avec 1 canne anglaise. Il est appareillé par une orthèse cruro-pédieuse impossible à porter compte tenu du gonflement. Lors de la consultation, il marche avec deux cannes anglaises en antéflexion et recurvatum à droite. Devant cette symptomatologie, des radiographies du genou sont pratiquées en urgence qui révèlent une fracture sus condylienne engrenée sur fragilité osseuse.

**Discussion.**— Compte tenu du testing musculaire de son membre inférieur droit avec un quadriceps insuffisant et un verrouillage en recurvatum passif en charge, il est décidé d'indiquer une chirurgie par ostéclase et fixation orthopédique fémorale en recurvatum. L'objectif de cette intervention était de profiter de la fracture sus condylienne pour obtenir une stabilité du genou par la statique passive en charge en positionnant sciemment les fragments osseux fracturaires pour une consolidation en cal vicieux antéro-postérieur afin que la ligne de charge passe en avant du genou. Cette réduction fracturaire en recurvatum vise à ouvrir et stabiliser le genou automatiquement en charge et d'éviter le relâchement capsulaire des coques condyliennes. Par conséquent, il protège d'une déstabilisation du genou. Il est également possible de corriger un trouble statique en valgus. Les conditions de réussite de ce procédé chirurgical sont de s'assurer de la stabilité de la hanche en extension et l'existence d'une force de verrouillage suffisante du grand fessier. *Pour en savoir plus*

Mezzari A. La poliomyélite : diagnostic et traitements des séquelles. Ed Maloine : Paris ; 1965.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.875

P085–FR

### Neuropaludisme : bilan et rééducation, à propos d'un cas

G. Varennes\*, A. Malobe, M.B. Simunek, A. Vlaicu, M. Khetlal, C. Aymard\*

Service MPR du centre Paris Sud, fondation hospitalière Sainte-Marie, 167, rue Raymond-Losserand, 75014 Paris, France

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Neuropaludisme ; Malaria cérébrale ; Troubles cognitifs ; Réadaptation

**Introduction.**– Le neuropaludisme est la complication la plus grave de la malaria. Sa physiopathologie relève de mécanismes complexes mal élucidés à ce jour.

**Objectif.**– Présenter les troubles neurologiques secondaires à une malaria cérébrale et leur profil évolutif.

**Méthode.**– Cas clinique et revue de la littérature.

**Observation.**– Une patiente de 61 ans, hypertendue, originaire d'une région de faible endémicité palustre, présente de la fièvre à son retour d'Afrique avec un traitement médical initial inadéquat. À 11 jours du retour, elle présente une aggravation neurologique avec un score de Glasgow à 4, alors que la goutte épaissée est positive à *Plasmodium falciparum* à 40 % et qu'il n'existe pas d'argument pour une encéphalopathie d'une autre origine que le paludisme. Après un traitement anti-infectieux et 2 mois de réanimation, elle entre dans le service de MPR. L'IRM Flair T2 retrouve des hypersignaux de la substance blanche sus tentorielle occipitale, du putamen droit, du corps calleux et du gyrus rolandique droit, compatibles avec des atteintes de vascularite cérébrale sans stigmat hémorragique, ainsi que des signes de leucopathie sous-corticale importants en frontal gauche.

**Résultats.**– Le bilan sensitivomoteur retrouve une discrète hémiparésie droite. Un syndrome dysexécutif est au premier plan avec un grasping important, un défaut d'inhibition, une adhérence à l'environnement, un défaut de planification. L'expression et la compréhension orale sont bonnes ainsi que la mémoire. Il persiste des troubles neuro-visuels surtout un déficit d'exploration de l'hémispace droit. À 6 mois d'évolution, il y a une perte complète de l'équilibre postural debout. Cependant l'évolution est marquée par des progrès constants et une grande capacité d'apprentissage.

**Discussion et conclusion.**– Mal compris et peu décrit chez l'adulte, le neuropaludisme est une pathologie dont la rééducation est primordiale, cette observation originale le souligne.

*Pour en savoir plus*

Kihara M, Newton JC, et al. The effects of *Plasmodium falciparum* on cognition: a systematic review. *Tropical Medicine and International Health* 2006;11(4):386–97.

Bangirana P, Boivin J et al. Immediate neuropsychological and behavioral benefits of computerized cognitive rehabilitation in Ugandan pediatric cerebral malaria survivors. *J Dev Behav* 2009;30(4):310–8.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.876

P086–FR

### Résultats fonctionnels après rééducation de la main brûlée. À propos de 18 cas

Y. Abdelfettah<sup>a,\*</sup>, J. Atannaz<sup>b</sup>, E.H. Kassimi<sup>a</sup>, F. Lmidmani<sup>a</sup>, E. Boukind<sup>b</sup>, A. Elfatimi<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Service de médecine physique et de réadaptation fonctionnelle, CHU de Casablanca, 1, quartier des Hôpitaux, 20100 Casablanca, Maroc

<sup>b</sup> Service de chirurgie plastique et réparatrice, CHU de Casablanca, Casablanca, Maroc

\*Auteur correspondant.

**Mots clés :** Main brûlée ; DASH ; Rééducation ; Brûlure électrique ; Brûlure thermique

**Introduction.**– Les brûlures sont très fréquentes et entrent souvent dans le cadre d'accident domestique ou d'accident de travail. La brûlure de la main qu'elle soit isolée ou associée, reste fonctionnellement grave. D'où l'intérêt de les prendre en charge dès la phase aiguë pour éviter ou limiter les séquelles grâce à une rééducation précoce et bien conduite ayant comme principal objectif la fonction la plus optimale possible. Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive portant sur 18 patients suivis en rééducation pour brûlure de la main.

**Résultats.**– L'âge moyen des patients est de : 35,6 (62–13). Le sexe-ratio a montré une prédominance masculine : H/F = 3,5 La gravité des la brûlure : dix patients avaient une brûlure 2° superficielle ; six avaient des brûlures 2° profond et deux patients avaient des brûlures 3°. Le mécanisme : une brûlure d'origine électrique et 17 patients ont été victime de brûlure thermique. Douze patients ont bénéficié d'une cicatrisation dirigée et 6 patients ont bénéficié d'une autogreffe.

Évolution du DASH après rééducation : le DASH moyen au début de la rééducation était de : 71,56 (88,3 %–53,3 %) et à la fin de la rééducation il s'est amélioré à : 19,27 (40,8 %–3,3 %).

**Discussion et conclusion.**– La prise en charge de la main brûlée a comme principal objectif : la restitution au maximum de l'intégrité fonctionnelle et esthétique de la main. La prise en charge doit être commencée dès la phase aiguë et optimisée tout au long du processus de cicatrisation et elle nécessite une collaboration étroite entre chirurgien et rééducateur.

*Pour en savoir plus*

Kamolz. The treatment of hand burns. *Burns* 2009.

Tromel. Rééducation de la main brûlée. *Burns Club* 1994.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.877

P087–FR

### Pronostic fonctionnel de la main brûlée chez le nourrisson. À propos d'un cas

H. Benmassaoud, H. Abid, N. Mankar-Bennis, N. Hajjaj-Hassouni

Service de rhumatologie et de médecine physique et de réadaptation, hôpital El Ayachi-Salé, CHU Ibn Sina, 10000 Rabat, Maroc

**Mots clés :** Main brûlée ; Pronostic ; Nourrisson

**Introduction.**– Les brûlures sont très fréquentes et entrent souvent dans le cadre d'accident domestique. La brûlure de la main qu'elle soit isolée ou associée, reste fonctionnellement grave. D'où l'intérêt de les prendre en charge dès la phase aiguë pour éviter ou limiter les séquelles grâce à une rééducation précoce et bien conduite ayant comme principal objectif la fonction la plus optimale possible.

**Objectif.**– Nous rapportons un cas d'une brûlure des deux mains colligées au sein de notre service à travers lequel nous exposons les principales stratégies de rééducation de la main brûlée.

**Observation.**– Une nourissante âgée de 18 mois, droitière victime d'une brûlure thermique occasionnant des lésions de deuxième degré profond à l'occasion d'un accident domestique, intéressant la face dorsale des 2 la mains et la première commissure. L'examen clinique trouve un placard cicatriciel hypertrophique bilatéral, un test de blanchiment dynamique positif, et le test de vitro pression altérée (temps de recoloration coté entre 1et 2 S), une adhérence aux plans sous cutanés, une rétraction de la 1ère commissure et une raideur des MCP et du pouce avec défaut d'opposition et d'enroulement des deux mains. Le DASH était à 60 %. Le patient a bénéficié d'une rééducation pendant 4 mois, le DASH est passé à 17,5 %.

**Conclusion.**– La prise en charge de la main brûlée a comme principal objectif : la restitution au maximum de l'intégrité fonctionnelle et esthétique. Elle doit être commencée dès la phase aiguë et optimisée tout au long du processus de cicatrisation et elle nécessite une collaboration étroite entre chirurgien et rééducateur. Le pronostic fonctionnel de la main brûlée dépend de la profondeur de la brûlure et du délai de prise en charge. *Pour en savoir plus* Tromel MF, Leclerc J. Rééducation de la main brûlée. *Ann Medit Burns Club* 1994;11(3).Voulliaume D, et al. Traitement des séquelles de brûlures. Brûlures des mains. *EMC-Chir* 2005;2:579–91.Lars-Peter Kamolz, Hugo Kitzinger B, Birgit Karle, Manfred Frey. The treatment of hand burns. *Burns* 2009;35:327–37.

doi:10.1016/j.rehab.2011.07.878